

CIBELE CRISTINA LINHARES GURSKI

**PREVALÊNCIA DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM
IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS
ESTUDO EPIFLORIPA/ IDOSO
Análise preliminar**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010**

CIBELE CRISTINA LINHARES GURSKI

**PREVALÊNCIA DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM
IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS
ESTUDO EPIFLORIPA/ IDOSO
Análise preliminar**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Osvaldo Vitorino de Oliveira
Professor Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Eleonora D'Orsi**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010**

Dedicado a:
Leonora, octogenária e exemplo de vida
Regina e sua mística
João (*in memoriam*) que nos ensinou a nadar

AGRADECIMENTOS

A Eleonora D' Orsi e Ione Jayce Ceola Schneider pelo conhecimento transmitido, profissionalismo, compreensão e acolhida.

A Aline de Avila Ramos, Marui Weber Corseuil, Marina Aziz, Carla Bernardo, Danielle Ledur Antes, Antônio Fernando Boing, André Junqueira Xavier, Marco Peres, Juliana Barcellos de Souza, Alexandra Crispim Boing, Emilene Reisdorfer, Paulo Barbato, Juliana Destro, Carolina Carvalho, Josenei Braga, Herton Xavier Corseuil, Kleber dos Santos, Daniela Falcão, Daniela Ribeiro, Larissa Marques, Felipe de Luca Medeiros por permitirem o uso do fruto de seu trabalho.

Àqueles do convívio íntimo pelo amor, apoio e amizade constantes.

A Verônica e Cláudio, Aline e Lucila, Henrique e família: bênçãos em minha vida.

RESUMO

Introdução: O rápido envelhecimento da população brasileira faz do estudo do idoso e suas condições de vida uma necessidade para as decisões a cerca dos serviços de saúde oferecidos.

Objetivos: Estudar a prevalência de dependência funcional e sua relação com características sociodemográficas, de interação social e saúde entre os idosos de Florianópolis.

Métodos: Análise de amostra de 1.397 idosos com 60 anos ou mais, constituintes do inquérito domiciliar Epifloripa, residentes no município de Florianópolis, SC no período de outubro de 2009 a maio 2010. Os dados foram coletados através de questionário multidimensional. A dependência funcional foi estratificada em leve/ moderada e grave de acordo com a presença de dificuldade para realizar pelo menos uma atividade básica de vida diária. Foram realizadas análises descritivas e teste de qui-quadrado de Pearson.

Resultados: A prevalência de dependência foi de 33,7% (30,2% leve/ moderada e 3,5% grave). A prevalência de dependência foi significativamente maior para idosos do sexo feminino, da faixa etária acima de 70 anos, com escolaridade inferior a 12 anos de estudo, viúvos, que não relataram trabalho remunerado, com presença de cuidador, com relato de doenças crônicas, com autoavaliação de saúde ruim, que consultaram com médico nos últimos três meses, que ficaram internados, que receberam visita do agente comunitário de saúde no último mês, e relações sociais esporádicas.

Conclusões: As relações de amizade, o convívio social e a presença do serviço de saúde se mostraram benéficas para o indivíduo ao representarem redes social e de saúde funcionantes.

ABSTRACT

Background:. The population of Brazil is ageing very rapidly and the knowledge about the elderly is a priority to determine health services.

Objective: To determine the prevalence of dependence in 60 years or older in Florianópolis, SC, Brasil residents and the relationship with sociodemographic, social and health characteristics.

Method: Cross-sectional study with 1397 participants of Epifloripa household survey. The data was gathered using a multidimensional functional assessment questionnaire. Dependence were categorized in mild/ moderate and severe according to the presence of difficult in one or more basic activities of daily living. The analysis included descriptive statistics and Pearson's Chi-square test.

Results: The prevalence of disability was 33,7% (30,2% mild/ moderate and 3,5% severe) The dependence in basic activities of daily living was associated ($p<0,05$) with female gender, more advanced age, widowhood, poor education, no working activity, sporadic social activities and relations, use of health service , presence of caregiver, chronic disease and poor self-rated health.

Conclusions: Social engagement and use of health service benefit elderly people showing the presence of social and health support.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades básicas de vida diária
ACS	Agente comunitário de saúde
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD	Atividades de vida diária
BOMFAQ	Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de desenvolvimento humano municipal
IMC	Índice de massa corpórea
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OARS	Old Americans Resources and Services
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDA	Personal Digital Assistants
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
SUMÁRIO.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO	4
3.MATERIAL E MÉTODOS.....	5
3.1 Caracterização do Estudo	5
3.2 Local do estudo.....	5
3.3 População do estudo	5
3.4 Processo de amostragem.....	6
3.5 Cálculo do tamanho da amostra	6
3.6 Cálculo do número de domicílios a serem visitados em cada setor censitário.....	7
3.7 Critérios inclusão e exclusão	7
3.8 Instrumento de pesquisa e pré- teste.....	8
3.9 Variáveis do estudo	9
3.10 Plano de análise	12
3.11 Logística e trabalho de campo	12
3.12 Aspectos éticos	16
3.13 Financiamento	16
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSSÃO.....	25
6. CONCLUSÕES	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
NORMAS ADOTADAS	35
ANEXO I.....	36
FICHA DE AVALIAÇÃO	40

1. INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica caracterizada pela diminuição da mortalidade por doenças infecto parasitárias e aumento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e especialmente pela diminuição da mortalidade infantil e da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida ¹⁻³, resultou em crescente proporção de idosos na população. Ao se comparar os índices de envelhecimento das últimas 3 décadas constata-se que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças no Brasil: de 15,9% em 1980, passou para 21,0% em 1991, e atingiu 28,9%, em 2000. Os idosos representavam 8,6% da população brasileira no ano 2000 e há a estimativa que alcancem os 13% no ano de 2020, podendo ultrapassar o número de 30 milhões de pessoas no final desse período. Dentro dessa população as mulheres são a maioria, representando 55,1% das pessoas com 60 anos ou mais no ano 2000, explicada pela maior de expectativa de vida feminina⁴.

Do aumento proporcional e absoluto de idosos, emerge a necessidade de estudar essa parcela da população e seus determinantes de saúde e qualidade de vida.

Qualidade de vida que é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵. E que como conceito é complexo e incorpora a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com o meio.

Abarcando, portanto, em seu conceito as percepções de autonomia e independência. Autonomia como a capacidade de decisão sobre si mesmo, a partir de suas próprias regras e preferências e independência como a habilidade de exercer suas funções de vida diária. Este, mensurável, através de questionários sobre o desempenho em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Estão presentes na primeira categoria atividades consideradas menos complexas, e que, portanto, ao apresentar algum grau de prejuízo em sua execução denotam uma maior dependência do indivíduo. Na segunda categoria estão alocadas atividades consideradas mais complexas que necessitam de maior habilidade física ou envolvem interação social ⁵.

Capacidade funcional é o termo utilizado para definir o desempenho dos idosos nessas atividades. Sendo a incapacidade funcional entendida como a impossibilidade de realizar as atividades ou realizá-las com dificuldade ^{6,7} e, conceitualmente, definida como a presença a

longo prazo de dificuldade física, mental, intelectual ou sensorial que em interação com várias barreiras podem impedir a participação plena e efetiva do indivíduo na sociedade no mesmo patamar que os demais ⁸.

Já o termo limitação funcional é tido na maioria dos estudos como limitação física e percebido como um precursor da incapacidade. A agregação dos termos incapacidade funcional e limitação funcional se dá pelo uso do termo declínio do status funcional ⁷.

São fatores associados ao declínio do status funcional: declínio cognitivo, depressão, comorbidades, índice de massa corpórea (IMC) alterado, extremidade inferior com limitação funcional, baixa frequência de interação social, pouca atividade física, tabagismo, consumo pesado de álcool comparado ao uso moderado, auto percepção de saúde como precária, declínio visual ^{1,7,9,10}.

No caso das comorbidades a presença de uma única doença crônica já é considerada preditor de declínio funcional, com o declínio variando de acordo com a doença crônica e sua associação com outras doenças ^{7,10,11}.

Indivíduos com pouca interação social são indivíduos com declínio funcional. Manter um estilo de vida ativo parece adiar o declínio funcional. Rede social e suporte emocional tem impacto benéfico na funcionalidade do indivíduo ^{7,12-14}.

Auto avaliação de saúde como regular ou ruim representa duas vezes e meia mais risco de declínio funcional que auto percepção de saúde como boa, ao se considerar como categorias possíveis de resposta excelente, muito boa, boa, regular e ruim ⁷.

Dentre os fatores sociodemográficos, o que apresenta maior associação com o declínio funcional é idade cronológica, com risco de relativo de 2 para cada 10 anos acrescidos de vida. A prevalência de incapacidade também é maior entre aqueles com baixo status sócio-econômico e menor naqueles com alto nível educacional ^{7,11, 15}.

O risco e a incidência de declínio funcional são semelhantes em mulheres e homens. Como as mulheres tem maior expectativa de vida há mais incidência de incapacidade em mulheres do que em homens, o que explica a alta prevalência de incapacidade entre as mulheres ⁷.

A produção científica em torno do tema capacidade funcional é extensa e para a população brasileira estudos transversais de diferentes regiões descrevem a prevalência da incapacidade e seus fatores associados ^{6,14-24}.

Estudos longitudinais nacionais corroboram os achados dos estudos transversais ²⁵ e abordam os fatores relacionados com a mortalidade ²⁶ e a construção de índice para predizê-la ²⁷.

Para a população de Santa Catarina municípios do oeste e meio oeste já foram contemplados com investigação do tema ^{28,29}.

Para Florianópolis o tema foi abordado em estudo de base populacional em 2004 ³⁰ e nas análises de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do ano de 2000 ³¹. A cidade possui um protocolo de atendimento ao idoso na rede municipal de saúde através da estratégia de saúde da família desde 2006 ³².

O conhecimento das características da população idosa de Florianópolis se faz necessário para que as ações dos serviços de saúde possam ser direcionadas ao atendimento das demandas dessa parcela da população.

2. OBJETIVO

Estudar a prevalência de dependência funcional na população idosa de Florianópolis.

2.1 Objetivos específicos

Estudar a prevalência de dependência funcional na população idosa de Florianópolis-SC e sua relação com características:

- sociodemográficas;
- de interação social;
- e de saúde dos indivíduos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este projeto é um sub-projeto da pesquisa: “CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, 2008”, denominado “Estudo Epifloripa/ Idoso”, coordenado pela Professora Eleonora d’Orsi, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, com a participação de 6 docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, docentes do Programa de Pós-graduação em Educação Física e Nutrição, 1 aluno de pós-doutorado, 3 alunos de doutorado, 6 alunos de mestrado e dois bolsistas de iniciação científica, financiado pelo CNPQ.

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um inquérito transversal, de base domiciliar.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, que está localizado no centro-leste do Estado. Grande parte do município (97,23%) está situada na Ilha de Santa Catarina. O município apresenta um índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,875 em 2000, alto índice de desenvolvimento humano, colocando o município na 4ª posição dentre todos os municípios brasileiros. A esperança de vida ao nascer é de 72,8 anos e a taxa de fecundidade total é de 1,7 filhos por mulher ³³. A população estimada para Florianópolis em 2009 foi de 408.163 habitantes, sendo 44.460 pertencentes à faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos (18.844 do sexo masculino e 25.616 do sexo feminino), representando desta forma, 10,8% da população total ³⁴.

3.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída por idosos de ambos os sexos, na faixa etária de 60 anos ou mais, completos no ano da pesquisa, residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina.

3.4 Processo de amostragem

Selecionou-se a amostra por conglomerados em dois estágios, sendo tomados como unidades amostrais primárias os setores censitários definidos pelo IBGE pelo Censo Demográfico de 2000, constituídas por aproximadamente 300 domicílios cada, e as unidades amostrais secundárias, os domicílios.

De acordo com o último censo realizado pelo IBGE em 2000, o município de Florianópolis é composto por 460 setores censitários: 429 urbanos, 28 rurais, 2 área urbano isolados e 1 extensão urbano-favela. Para a presente pesquisa selecionou-se os setores urbanos, sendo que destes foram excluídos 9 setores por serem não-domiciliares, totalizando 420 setores censitários domiciliares. Dos 420 setores censitários, selecionou-se através de amostragem sistemática 80 para fazer parte do estudo. O procedimento para o sorteio foi da seguinte forma, os setores censitários foram estratificados em decis de renda com 42 setores cada. Em cada decil de renda foram sorteados 8 setores de forma a contemplar todos os níveis de renda.

Desta forma, foram sorteados aleatoriamente 80 setores censitários dentre os 420 setores censitários urbano domiciliares existentes em Florianópolis. Como o último censo do IBGE foi realizado nove anos antes da pesquisa, após o sorteio dos 80 setores censitários, foi necessária a realização da contagem de todos os domicílios existentes em cada setor sorteado (arrolamento). O arrolamento se caracterizou pela contagem dos endereços tendo como referência os mapas e as indicações do IBGE. Foram registrados apenas os endereços residenciais permanentemente ocupados.

A fim de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por setor, tornando-o mais homogêneo, foi realizado o agrupamento de setores com menos de 100 domicílios e divisão dos setores com mais de 500 domicílios, respeitando o decil de renda correspondente e a proximidade geográfica. Isso deu origem a 86 setores censitários denominados nesta pesquisa de “epissetores”.

3.5 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra geral do estudo utilizou-se a fórmula para cálculo de prevalência, através do programa Epi-Info, versão 6.04 de domínio público que é:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot P(1-P)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot P(1-P)} + \% \text{ de perdas estimadas}$$

Onde:

n = Tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo

N = Número da população de referência: 44.460

Z = nível de confiança (igual a 5%) expresso em desvios-padrão (1,96)

P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população: 50% (dados desconhecidos)

d = Erro amostral previsto (precisão): 4 pontos percentuais

deff = efeito do delineamento amostral do estudo, por conglomerados, estimado como igual a 2

% Perdas estimadas: 20%

Aplicando-se a fórmula descrita, obteve-se tamanho da amostra de **1416** pessoas para as prevalências.

3.6 Cálculo do número de domicílios a serem visitados em cada setor censitário

O número total da amostra de 1532 idosos foi dividido por 80 episetores e resultou em uma média de 20 idosos por episetor. Considerando uma média de 3,1 moradores por domicílio e uma estimativa de 0,12 idosos na população, espera-se encontrar 0,372 idosos por domicílio, ou, 1 idoso para cada três domicílios. Para alcançar o número de 20 idosos, é necessário visitar cerca de 54 domicílios por episetor (20 dividido por 0,372). O sorteio dos domicílios a serem visitados em cada episetor foi realizado de forma sistemática. Os domicílios em cada episetor foram ordenados e numerados sequencialmente. Em seguida o número total de domicílios do episetor foi dividido por 54 para determinar o intervalo de seleção, sendo o primeiro domicílio sorteado com auxílio de uma tabela de números aleatórios dentro do intervalo estabelecido. Por exemplo, para um episetor com 320 domicílios, o intervalo de seleção deve ser de seis (320 dividido por 54) e o primeiro domicílio sorteado entre os seis primeiros, para, a partir daí, selecionar um domicílio a cada seis (por exemplo, se começar pelo domicílio 3, o seguinte deve ser o 9, depois o 15 e assim em diante até o final da lista).

3.7 Critérios inclusão e exclusão

Participaram do estudo indivíduos com 60 anos ou mais.

Não foram incluídos neste estudo indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, etc.), pessoas com incapacidade motora severa (tetraplégicos, paralisia cerebral, etc.).

3.8 Instrumento de pesquisa e pré- teste

O questionário da pesquisa foi montado e elaborado por todos os envolvidos no projeto *EpiFloripa*, coordenadores do projeto, todos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC – UFSC) e os mestrandos e doutorandos envolvidos no estudo, conforme o interesse de pesquisa de cada um. Desta forma, foi elaborado um questionário inicial, estruturado nos seguintes blocos:

- Bloco de informações gerais (pessoais, demográficas e socioeconômicas)
- Bloco sobre saúde mental;
- Bloco sobre saúde e hábitos de vida;
- Bloco sobre serviços de saúde;
- Bloco sobre saúde bucal;
- Bloco sobre alimentação;
- Bloco sobre atividade física
- Bloco sobre percepção do ambiente relacionado á prática de atividade física;
- Bloco sobre medicamentos;
- Bloco sobre violência.

Para fazer uma avaliação geral do questionário foi realizado um pré-teste pelos mestrandos e doutorandos, que ficaram responsáveis por aplicar o questionário em pessoas com 60 anos ou mais de diversos níveis de escolaridade servidores da Universidade Federal de Santa Catarina. O objetivo foi testar a compreensão das questões por parte das pessoas entrevistadas e a qualidade das informações coletadas por meio do questionário, além da própria organização e ordem das questões. Cada aluno ficou responsável pela aplicação de dois questionários, totalizando ao final 20 idosos entrevistados. Durante as reuniões periódicas cada aluno relatou todas as dúvidas e dificuldades verificadas durante a aplicação do questionário e houve uma discussão geral para verificar qual seriam as melhores soluções para corrigir essas falhas. Desta forma, foram excluídas algumas questões e outras sofreram modificações devido às dificuldades encontradas na sua aplicação e também para uma melhor

compreensão por parte dos entrevistados, bem como priorizando que o tempo total da entrevista não ultrapassasse uma hora e meia.

A versão final do questionário, após as devidas alterações englobou todos os blocos descritos acima.

A variável de interesse principal desse estudo em particular, dependência funcional, foi interrogada a partir do apresentado no Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional adaptado do questionário Old Americans Resources and Services ³⁵ (BOMFAQ/OARS), validado no Brasil.

O questionário com as questões pertinentes a esse estudo está apresentado no Anexo 1.

3.9 Variáveis do estudo

As variáveis foram divididas em de interesse principal e exploratórias e classificadas por nome, categorias e tipo. (Quadros 1 e 2).

Quadro 1. Características das variáveis		
Variável	Categorias	Tipo
Idade	nº de anos	Contínua
Faixa etária	1. 60 a 69 anos 2. 70 a 79 anos 3. 80 anos ou mais	Ordinal
Sexo	1. Masculino 2. Feminino	Nominal
Estado conjugal	1. Casado(a)/ companheiro(a) 2. Solteiro(a) 3. Divorciado(a)/ Separado(a) 4. Viúvo(a)	Nominal
Escolaridade	1. Anos de estudo	Numérica discreta
Escolaridade	1. Nenhum 2. 1-4 anos 3. 5-8 anos 4. 9-11 anos 5. 12 anos ou mais	Ordinal
Trabalho remunerado	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Com quem mora	1. Só 2. Com cuidador profissional 3. Com o cônjuge 4. Com outros de sua geração 5. Com filhos/netos 2. Não	Nominal

Quadro 2. Características das variáveis		
Variável	Categorias	Tipo
Artrite ou reumatismo	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Diabetes	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Bronquite ou asma	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Hipertensão	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Doença do coração ou cardiovascular	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Hipertensão	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Doença do coração ou cardiovascular	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Depressão	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Derrame /AVC*/ isquemia cerebral	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Plano de saúde	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Consulta médica nos últimos três meses	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Internação hospitalar nos últimos seis meses	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Visita do ACS [†] nos últimos 30 dias	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Relação com parentes mais de uma vez por mês	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Relação com amigos mais de uma vez por mês	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Grupo de convivência/religioso no último ano	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Tem cuidador	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Autoavaliação de saúde como muito boa ou boa	1. Sim 2. Não	Dicotômica
Entrevista respondida pelo próprio idoso	1. Sim 2. Não	Dicotômica

*AVC= acidente vascular cerebral

†ACS= agente comunitário de saúde

3.9.1 Variável de interesse principal

A variável de interesse principal desse estudo é a dependência funcional.

As questões sobre capacidade funcional argüiam sobre a dificuldade em realizar as tarefas do dia a dia divididas em quatro categorias de respostas possíveis: (0) nenhuma dificuldade, (1) pouca dificuldade, (2) muita dificuldade, (3) não realiza. As tarefas questionadas foram: deitar/ levantar da cama; comer; cuidar da aparência; andar no plano; tomar banho; vestir-se; ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo; subir um lance de escadas; tomar seus remédios na hora; andar perto de casa; fazer compras; preparar refeições; cortar as unhas dos pés; sair de ônibus ou táxi; fazer limpeza da casa.

A dependência foi categorizada em 3 estágios considerando seis atividades básicas de vida diária: deitar/ levantar da cama; comer; andar no plano; tomar banho; vestir-se; ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo (1) nenhuma dificuldade – dificuldade em nenhuma das atividades (2) alguma dificuldade (incapacidade leve a moderada) – dificuldade para realizar pelo menos uma das atividades e (3) total dificuldade (incapacidade grave) – não realizar pelo menos uma das atividades;

Os indivíduos da categoria 1 são os totalmente independentes, os das 2 e 3 são os dependentes e os indivíduos da categoria 3 que não realizam nenhuma das atividades básicas de vida diária são os totalmente dependentes.

3.9.2 Variáveis exploratórias

As variáveis exploratórias desse estudo dizem respeito as características sociodemográficas, de interação social e de saúde dos entrevistados.

A entrevista poderia ser respondida pelo próprio idoso ou por informante e no caso do segundo respondedor, esse era identificado (parente, cônjuge, cuidador profissional, etc.).

Constituíram as características sociodemográficas : sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e exercício de trabalho remunerado. Categorizadas conforme o quadro 1.

Constituíram as características de interação social: o arranjo familiar, a frequência da relação com amigos e parentes, ter frequentado no último ano grupos de convivência ou religiosos e ter cuidador. Categorizadas conforme o quadro 2.

Constituíram as características de saúde : ter plano de saúde, ter feito consulta médica nos últimos três meses, ter estado internado nos últimos seis meses, ter recebido visita do

agente comunitário de saúde nos últimos trinta dias, história de diagnóstico de doenças crônicas e autoavaliação de saúde. Categorizadas conforme o quadro 2.

3.10 Plano de análise

Análise exploratória descritiva, comparação de médias e proporções, teste de qui-quadrado para diferenças entre proporções, teste t de Student para diferenças entre médias, nível de significância de 95%.

Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* 15.0.

3.11 Logística e trabalho de campo

3.11.1 Seleção e treinamento das entrevistadoras

A seleção e treinamento da equipe de entrevistadoras foram realizados pelos coordenadores e supervisores do estudo. Para padronizar e facilitar as entrevistas, foi elaborado um manual de instruções para a equipe de campo. Todas as entrevistas realizadas neste estudo foram remuneradas.

Para compor a equipe de campo foram selecionadas 20 entrevistadoras do sexo feminino, com no mínimo ensino médio completo. Todas as entrevistadoras participaram de um treinamento de 20 horas que tinha como objetivo principal desenvolver as técnicas de entrevistas e constava das seguintes etapas:

- Etapa 1: parte expositiva, que teve por objetivo fazer a apresentação geral do projeto, discussão sobre o trabalho das entrevistadoras, contemplando a carga horária exigida e a remuneração; explicação do instrumento e do manual de campo com o intuito de discutir detalhadamente a interpretação e compreensão das questões de cada bloco do questionário preparando a entrevistadora para ter uma melhor abordagem e postura perante os entrevistados; esclarecer os critérios elegibilidade, perdas e recusas. Por fim, nesta etapa também foi realizado o treinamento com o *Personal Digital Assistants (PDA)* onde foram passadas todas as instruções sobre o funcionamento deste aparelho, bem como foram realizadas simulações para que as dúvidas e possíveis eventualidades fossem contempladas e resolvidas.

Nesta primeira etapa o estudo contou com o apoio de uma equipe do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que esteve presente para dar explicações sobre os setores censitários, a melhor forma de fazer a abordagem inicial nos domicílios sorteados, o correto manuseio do PDA, bem como relatar as experiências e dificuldades do trabalho de campo durante a realização dos censos.

- Etapa 2: Avaliação final para a seleção da equipe de campo do estudo. Consistiu de uma prova teórica composta por questões objetivas que contemplavam todo o conteúdo abordado no treinamento, que exigia uma nota mínima de 7.0. E por fim elas deveriam realizar uma entrevista em um domicílio localizado em setor não sorteado para o estudo, acompanhadas de um supervisor do estudo.

Desta forma, a seleção das entrevistadoras consistiu em uma avaliação geral sobre seu desempenho durante todo o processo de treinamento, bem como a prova teórica e a entrevista supervisionada. Procurou-se entre tantos aspectos, viabilizar a padronização da coleta de dados, tentando minimizar ao máximo possíveis erros e ações que pudessem prejudicar a qualidade das informações coletadas.

3.11.2 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado em setores censitários não sorteados para compor a amostra e fez parte da etapa de avaliação final das entrevistadoras. Nesta etapa as candidatas foram avaliadas em situação prática de coleta de dados, sendo supervisionadas pelos mestrandos. Foram entrevistadas um total de 99 pessoas, sendo 56,8% do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino com a média de idade de 70,68 anos. Esta etapa permitiu uma avaliação geral do questionário bem como dos aspectos operacionais do estudo.

3.11.3 Coleta de dados

Todas as entrevistas deste estudo foram realizadas com o auxílio do *Personal Digital Assistants (PDA)*, um computador de dimensões reduzidas onde as informações são coletadas e armazenadas. Como este possui interconexão com computadores convencionais, os dados são exportados diretamente do PDA para os computadores para a construção do banco de dados, dispensando a etapa da digitação e com isso reduzindo os possíveis erros que acontecem durante esta etapa.

Antes do início das coletas houve uma ampla divulgação da pesquisa para que a população tivesse conhecimento da realização da mesma, assim foram divulgadas pelos

coordenadores e supervisores da pesquisa todas as informações pertinentes a comunidade através de meios de comunicação como telejornal local, programas de rádio e nos núcleos de idosos localizados na Universidade Federal de Santa Catarina.

A coleta de dados foi realizada entre o 2º semestre de 2009 e 1º semestre de 2010 totalizando oito meses de pesquisa. Esta coleta foi realizada por meio de entrevistas individuais realizadas nos domicílios sorteados. Esta fase foi realizada em duas etapas, primeiramente os supervisores foram aos setores designados a cada entrevistadora e distribuíram as cartas de apresentação do estudo aos domicílios sorteados, no caso destes domicílios serem apartamentos, primeiramente foi entregue uma carta de apresentação ao condomínio. Os supervisores também colocaram os cartazes de apresentação do estudo em locais estratégicos do setor, como postos de saúde, comércio, igrejas, centro de convivência de idosos, entre outros. Posteriormente a esta etapa, as entrevistadoras selecionadas foram enviadas aos setores selecionados para a realização da coleta dos dados.

Para realizar a coleta, foi entregue a cada entrevistadora um mapa do setor que a mesma estava responsável, bem como a lista dos domicílios sorteados. Esta deveria fazer a identificação de todos os domicílios sorteados do setor e identificar o número de elegíveis em cada domicílio, para então dar início às entrevistas propriamente ditas. Foi solicitado que as entrevistadoras realizassem em média 10 entrevistas por semana, tentando não ultrapassar o tempo de uma hora e meia de permanência nos domicílios.

Em caso de dúvidas por parte da entrevistadora durante a coleta dos dados, ela teve a possibilidade de recorrer ao Manual de Instruções ou ao seu supervisor. Imediatamente após a entrevista, as entrevistadoras foram instruídas a revisar as entrevistas para verificar se estas estavam completas. Cada entrevistadora foi supervisionada por um aluno de mestrado ou doutorado dos programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Educação Física e Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, todos envolvidos na pesquisa.

3.11.4 Suporte Técnico

Semanalmente, foram realizadas reuniões entre os supervisores e coordenadores do projeto para resolução de problemas enfrentados no campo, revisão das entrevistas e relato do andamento da coleta, visando à resolução de problemas enfrentados no trabalho de campo com a maior brevidade possível.

Durante a realização do trabalho de campo, os supervisores, com a orientação da coordenadora do projeto, supervisionaram diretamente o trabalho das entrevistadoras através de contato periódico, ficou estipulado que cada supervisor teria no máximo duas

entrevistadoras sob sua responsabilidade. Para isto, seguiram uma lista de tarefas que incluíam: reunião semanal com as entrevistadoras para discussão de dúvidas e recebimento das entrevistas; revisão dos questionários concluídos, das fichas de perdas e recusas e dos diários de campo; fornecimento de material e de novos setores e entrevistas; discussão e resolução das dúvidas e dificuldades; registro do recebimento de questionários e da saída de material; correções de inconsistências nas entrevistas e acompanhamento das entrevistadoras em setores e domicílios com dificuldade de acesso.

Para auxiliar esta etapa foi organizada uma escala semanal de plantões composta pelos mestrandos e doutorandos que esteve à disposição da equipe de entrevistadoras para resolução de qualquer problema que surgisse durante o trabalho de campo.

3.11.5 Análise de inconsistências

Semanalmente, após a entrega das entrevistas houve a verificação de consistência dos dados, realizando a frequência simples dos dados e comparando-se ao esperado. Assim, respostas incongruentes eram identificadas e anotavam-se então as modificações que deveriam ser feitas e repassavam-se essas informações aos supervisores para que resolvessem o problema com a entrevistadora responsável e após as devidas correções o supervisor deveria alterar as variáveis no banco de dados de suas respectivas entrevistadoras e então encaminhar as correções ao responsável pelo banco final. Verificada e corrigida as inconsistências, obteve-se em definitivo o banco de dados do estudo.

3.11.6 Controle de qualidade

Para efeito de controle de qualidade, foram sorteadas aleatoriamente 10% das entrevistas para a aplicação de um questionário resumido contendo perguntas-chave, via telefone. Este controle foi realizado pelo supervisor responsável pelo setor e buscou verificar possíveis erros, respostas falsas, a concordância das respostas a algumas questões e a adequada aplicação da entrevista bem como a postura das entrevistadoras em relação aos entrevistados. O principal objetivo do controle de qualidade não foi validar as questões, mas garantir que as entrevistas estavam sendo completa e adequadamente realizadas assegurando a confiabilidade do trabalho das entrevistadoras.

3.11.7 Perdas e recusas

O procedimento para a confirmação de perdas foi o seguinte: nas casas em que ninguém atendesse ou os elegíveis estivessem ausentes no momento da visita, as

entrevistadoras deveriam fazer mais três visitas, sendo uma a noite ou ao meio dia e duas no final de semana. Assim, foram classificados como perdas os sujeitos que não foram localizados após estas quatro visitas.

Além disso, pessoas elegíveis, mas que no momento da entrevista se encontravam impossibilitadas de responder (por motivo de viagem, doença, internação hospitalar, etc.) foram consideradas como perdas. Foram considerados como recusas os sujeitos que negaram a responder o questionário por opção pessoal. Nestes casos, foram realizadas mais duas tentativas em horários diferentes pela entrevistadora. As recusas e perdas não foram substituídas.

Se no momento da primeira visita da entrevistadora, não houvesse nenhum elegível (morador com idade igual ou superior a 60 anos) a residência imediatamente à direita foi acessada e seus moradores, na faixa etária em estudo, foram convidados a fazerem parte da pesquisa.

3.12 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovado em 23/12/2008 sob nº 352/2008.

Após uma explicação geral dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos a serem realizados, foi solicitado aos entrevistados a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da entrevista. Foi garantida a confidencialidade das informações, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa. Tendo todas suas dúvidas esclarecidas, os entrevistados eram convidados a assinar o termo de consentimento, ficando com uma cópia. A via assinada foi arquivada na sede do estudo.

Os resultados da pesquisa foram divulgados através de: a) matérias na imprensa local; b) defesas públicas das dissertações de mestrado e teses de doutorado; c) publicação de artigos científicos; d) comunicações em eventos.

3.13 Financiamento

O projeto original que deu origem a este estudo, intitulado “Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional,

2008”, coordenado pela Professora Eleonora d’Orsi, obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), sob processo número 569834/2008 2, do Edital/Chamada nº 06/2008 Faixa B, sendo concedido auxílio financeiro no valor de **Custeio:** R\$ 50.000,00, **Capital:** R\$ 9.000,00, **Valor Global:** R\$ 59.000,00

3. RESULTADOS

A amostra final do estudo será de aproximadamente 1700 idosos, este trabalho está sendo realizado com dados preliminares de 1397 idosos entrevistados, com a distribuição progressivamente menor conforme o quintil de renda em relação à amostra total. (Figura 1).

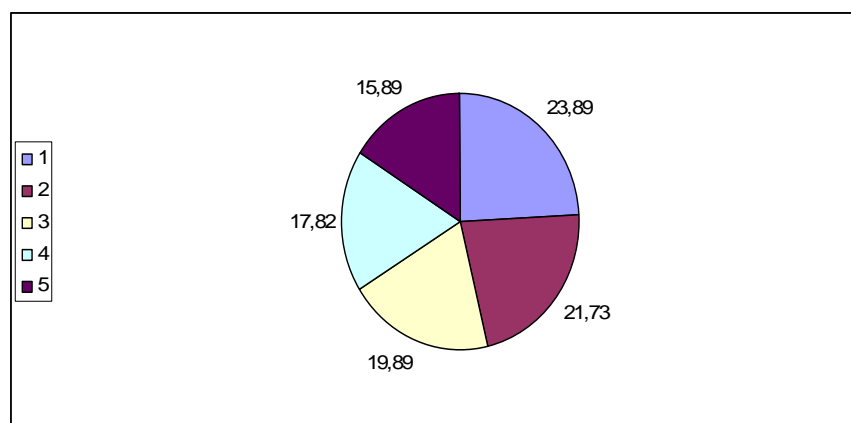


Figura 1. Distribuição percentual da amostra por quintil de renda
Estudo Epifloripa/ Idoso, Florianópolis

A média de idade foi de 70,7 anos (variando entre 60 e 104 anos) e 50% dos idosos encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos. A maioria era do sexo feminino (64,1%), casado (a) /com companheiro (a) (57,8%), tinha até 4 anos completos de estudo (35,0%), morava em domicílio multigeracional (43%), não exercia trabalho remunerado (87,2%), apresentava convívio social com parentes (88,4%) e amigos (81,0%) mais de uma vez ao mês, tinha plano de saúde (62,9%) e havia consultado com médico nos últimos três meses (72,9%). 84,4% deles relataram ter ao menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) e 51,0% consideraram sua saúde como muito boa ou boa. (Tabela 1).

Para as seis ABVD consideradas: deitar/levantar da cama, comer, andar no plano, tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo; a prevalência de dependência funcional foi de 33,7% (IC 95%: 31,2 – 36,2).

66,3% dos entrevistados relataram nenhuma dificuldade nas seis ABVD, ou seja, eram totalmente independentes. 30,2% eram dependentes leves ou moderados e 3,5% eram dependentes graves em pelo menos 1 ABVD. 0,4% da amostra (6 indivíduos) eram totalmente dependentes: não realizam nenhuma das seis ABVD.

A pesquisa foi respondida pelo próprio idoso em 96,8% das vezes e entre os não respondedores a prevalência de dependência funcional foi maior ($p < 0,001$).

Tabela 1. Características dos participantes da amostra, idosos com 60 anos, Estudo Epifloripa/ Idoso, Florianópolis

Variáveis	n	% ou média
Média da idade (anos)	1397	70,7
Faixa etária 60-69 anos	699	50,0
70-79 anos	498	35,6
80 ou mais	200	14,3
Sexo Feminino	896	64,1
Maculino	501	35,9
Estado conjugal Casado(a)/ Com companheiro(a)	807	57,8
Solteiro(a)	84	6,0
Dicorciado(a)/ Separado(a)	110	8,0
Viúvo(a)	396	28,3
Nº de anos completos de escolaridade Nenhum	131	9,7
1-4 anos	471	35,0
5-8 anos	243	18,0
9-11 anos	181	13,5
12 anos ou mais	318	23,7
Exerce trabalho remunerado atualmente (sim)	178	12,8
Habitação Só	214	15,4
Com cuidador profissional	7	0,5
Com o cônjuge	523	38,0
Com outros de sua geração	53	3,8
Com filhos/ netos	595	43,0
Artrite ou reumatismo (sim)	474	34,1
Diabetes (sim)	308	22,0
Bronquite ou asma (sim)	228	16,3
Hipertensão (sim)	816	58,4
Doença do coração ou cardiovascular (sim)	395	28,3
Depressão (sim)	343	24,6
Derrame /acidente vascular cerebral/ isquemia cerebral (sim)	130	9,3
Plano de saúde (sim)	879	62,9
Consulta médica nos últimos três meses (sim)	1019	72,9
Internação hospitalar nos últimos seis meses (sim)	115	8,2
Visita do agente comunitário de saúde nos últimos 30 dias (sim)	430	30,8
Relação com parentes mais de uma vez por mês (sim)	1229	88,4
Relação com amigos mais de uma vez por mês (sim)	1124	81,0
Grupo de convivência/religioso no último ano (sim)	590	42,2
Tem cuidador (sim)	117	8,4
Autoavaliação de saúde como muito boa ou boa	700	51,0
Entrevista respondida pelo próprio idoso (sim)	1352	96,8

A ABVD com maior prevalência de dificuldade foi a capacidade de subir um lance de escadas.

As AIVD apresentaram percentuais maiores de dificuldade em sua realização que as ABVD, condizente com a maior complexidade das mesmas. Entre as AIVD: tomar seus remédios na hora, andar perto de casa, fazer compras, preparar refeições, cortar as unhas dos pés, sair de ônibus ou táxi e fazer a limpeza da casa; a com maior prevalência de incapacidade foi a capacidade de fazer a limpeza da casa.

As proporções de idosos que não realizavam alguma atividade em comparação com aqueles que tinham dificuldade para realizar a mesma atividade foram maiores para as seguintes AIVD: fazer compras, preparar refeições, cortar as unhas dos pés, sair de ônibus ou táxi e fazer a limpeza da casa. (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de dificuldade em atividades de vida diária, idosos com 60 anos ou mais, Estudo Epifloipa/ Idoso, Florianópolis

Atividades básicas de vida diária	Dificuldade %		
	Nenhuma	Alguma/Muita	Não realiza
1. Deitar/ levantar da cama	77,1	21,3	1,6
2. Comer	93,2	6,2	0,6
3. Cuidar da aparência	92,0	5,4	2,7
4. Andar no plano	83,0	15,1	1,9
5. Tomar banho	90,8	6,4	2,8
6. Vestir-se	86,5	11,0	2,6
7. Ir ao banheiro	92,0	6,1	1,9
8. Subir um lance de escadas	56,4	37,6	6,0
Atividades instrumentais de vida diária	Dificuldade %		
	Nenhuma	Alguma/Muita	Não realiza
9. Tomar seus remédios na hora	83,0	10,1	6,9
10. Andar perto de casa	84,0	11,0	4,9
11. Fazer compras	80,4	6,9	12,7
12. Preparar refeições	78,8	5,4	15,7
13. Cortar as unhas dos pés	59,6	19,5	20,9
14. Sair de ônibus ou táxi	76,5	10,7	12,8
15. Fazer a limpeza da casa	57,8	19,1	23,1

Para as características sociodemográficas houve associação significativa entre dependência funcional e sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade e trabalho remunerado. (Tabela 3).

Tabela 3. Dependência funcional e características sociodemográficas, idosos com 60 anos ou mais Estudo Epifloripa /Idoso, Florianópolis

Características sociodemográficas	Dependência %			p valor
	Nenhuma	Leve/Moderada	Grave	
Sexo				p< 0,001
Masculino	73,9	23,0	3,4	
Feminino	62,2	34,3	3,6	
Faixa etária				p< 0,001
60-69 anos	76,0	23,5	0,6	
70-79 anos	64,7	31,7	3,6	
80 anos ou mais	36,5	50,0	13,5	
Estado conjugal				p< 0,001
Casado(a)/ com companheiro(a)	68,5	29,2	2,2	
Solteiro (a)	73,8	21,4	4,8	
Divorciado (a)/ separado(a)	76,4	20,9	2,7	
Viúvo (a)	57,3	36,6	6,1	
Escolaridade				p< 0,001
Nenhuma	48,1	44,3	7,6	
1 a 4 anos de estudo	57,5	39,5	3,0	
5 a 8 anos de estudo	68,3	28,8	2,9	
9 a 11 anos de estudo	71,8	25,4	2,8	
12 ou mais anos de estudo	82,1	16,4	1,6	
Trabalho remunerado				p< 0,001
Sim	79,8	20,2	-	
Não	64,4	31,7	3,9	

As mulheres apresentaram maior prevalência de incapacidade leve/moderada e grave do que os homens. A análise estratificada por faixa etária mostrou que houve associação estatística para dependência funcional e sexo para as faixas etárias de 60 a 69 anos ($p= 0,002$) com as mulheres desse grupo apresentando maior prevalência de dependência grave do que os homens e 70 a 79 anos ($p= 0,003$) com as mulheres desse grupo apresentando maior prevalência de dependência leve/moderada do que os homens. Para aqueles com 80 anos ou mais as prevalências de dependência para mulheres e homens foram semelhantes. A média de idade foi semelhante entre homens (70,3 anos) e mulheres (70,9 anos), sem diferença estatística (dados não apresentados na tabela).

A prevalência de dependência funcional aumentou conforme a faixa etária. Ao se observar a escolaridade e a dependência funcional essas variáveis se mostraram inversamente proporcionais, quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de dependência funcional.

A análise estratificada por faixa etária mostrou associação entre maior prevalência de dependência funcional e menor escolaridade para as faixas etárias mais jovens (60 a 69 anos e 70 a 79 anos) ($p < 0,001$). Na faixa etária de 80 anos ou mais não houve associação entre dependência funcional e escolaridade (dados não apresentados na tabela).

A prevalência de dependência funcional foi maior nos viúvos e naqueles que não apresentavam trabalho remunerado.

Para as características de interação social do indivíduo houve associação entre dependência funcional e a presença de cuidador, aqueles com dependência relataram com maior frequência a presença de cuidador. (Tabela 4).

Tabela 4. Dependência funcional e características de interação social, idosos com 60 anos ou mais, Estudo Epifloripa/ Idoso, Florianópolis

Características interação social	Dependência %			p valor
	Nenhuma	Leve/Moderada	Grave	
Habitação				p= 0,19
Só	71,5	27,1	1,4	
Com cuidador				
profissional	14,3	71,4	14,3	
Com o cônjuge	67,7	29,6	2,7	
Com de sua geração	66,0	30,2	3,8	
Com filhos/netos	64,0	31,1	4,9	
Relação com parentes				p= 0,374
Mais de uma vez por mês	66,6	30,3	3,2	
Uma vez por mês	71,2	26,0	2,9	
Uma vez por ano	54,8	38,1	7,1	
Nunca	56,3	43,8	-	
Relação com amigos				p< 0,001
Mais de uma vez por mês	69,1	28,6	2,2	
Uma vez por mês	56,4	37,1	6,4	
Uma vez por ano	52,0	42,0	6,0	
Nunca	52,7	36,5	10,8	
Grupo de convivência/religioso				p< 0,001
Não	64,3	30,2	5,5	
Sim	69,0	30,2	0,8	
Tem cuidador				p< 0,001
Não	71,3	28,4	0,3	
Sim	11,1	50,4	38,5	

Os idosos que relataram relacionamento mensal com amigos e ter freqüentado grupos de convivência ou religiosos no último ano apresentaram menor prevalência de dependência funcional.

Não houve associação significativa entre freqüência de relacionamento com parentes e composição da família (com quem mora) e a dependência funcional.

Dos que habitavam com cuidador profissional a maioria 71,4% tinha dependência leve/ moderada. Proporções iguais foram encontradas para pessoas que moravam com cuidador e possuíam dependência grave ou eram independentes (14,3%). Ao analisar com quem moravam os idosos e quem eram seus cuidadores observou-se que 85,7 % dos que moravam com cuidador tinham cuidador formal e 14,3 % deles não relataram cuidador formal podendo estar relacionado ao fato de serem independentes. A maior proporção de idosos com dependência, excetuando-se aqueles que moravam com cuidador formal, foi daqueles idosos que co-habitavam com filhos e/ou netos (4,9% de dependência grave). Dados não apresentados na tabela.

8,4% dos idosos relataram ter cuidador. Em 20,8% dos casos essa pessoa era o esposo (a)/ companheiro(a), em 48,3% era o filho (a)/ neto(a) e em 20,3% era cuidador profissional. 89,2% eram mulheres. Dados não apresentados na tabela.

28,7 % dos idosos dependentes para atividades básicas de vida diária não relataram cuidador, em sua maioria eram idosos com dependência leve/ moderada. 0,3% (4 idosos) dos que apresentavam dependência grave não tinha cuidador. Dados não apresentados na tabela.

Para as características de saúde houve associação entre dependência funcional e ter estado internado nos últimos seis meses, ter passado por consulta médica nos últimos três meses, ter recebido visita do agente comunitário de saúde (ACS) nos últimos três meses, ter história de diagnóstico médico de artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração ou cardiovascular, depressão, derrame ou acidente vascular cerebral ou isquemia cerebral. Também houve associação entre dependência funcional e pior autoavaliação de saúde.

Não houve associação significativa entre possuir plano de saúde e dependência funcional.

As internações foram mais prevalentes entre os idosos dependentes.

Idosos dependentes realizaram consultas médicas e receberam visita do ACS nos últimos trinta dias.

Para a maioria daqueles idosos dependentes que não relataram internação, consulta médica nos últimos três meses e visita do ACS a dependência era leve/moderada.

Ao se avaliar a presença de DCNT e dependência funcional história de diagnóstico de derrame/ AVC/ isquemia cerebral apresentou a maior prevalência de dependência grave. História de diagnóstico de bronquite ou asma foi o único grupo de DCNT não associada à dependência funcional. (Tabela 5).

Tabela 5. Dependência funcional e características de saúde, idosos com 60 anos ou mais, Estudo Epifloripa/ Idoso, Florianópolis

Características de saúde	Dependência %			p valor
	Nenhuma	Leve/Moderada	Grave	
Plano de saúde				p= 0,10
Sim	69,1	28,1	2,8	
Não	61,6	33,8	4,6	
Consulta nos últimos três meses				p<0,001
Sim	63,5	32,6	3,9	
Não	73,8	23,8	2,4	
Internação nos últimos seis meses				p<0,001
Sim	47,0	44,3	8,7	
Não	68,0	28,9	3,0	
Visita do ACS* nos últimos 30 dias				p=0,002
Sim	58,5	34,8	6,7	
Não	69,7	28,2	2,1	
DCNT† (sim)				
Artrite ou reumatismo	52,7	42,6	4,6	p<0,001
Diabetes	55,2	39,9	4,9	p<0,001
Bronquite ou asma	61,4	32,9	5,7	p= 0,68
Hipertensão	59,1	36,6	4,3	p<0,001
Doença do coração/cardiovascular	49,9	44,8	5,3	p<0,001
Depressão	49,6	44,6	5,8	p<0,001
Derrame/AVC‡ / isquemia cerebral	33,8	45,4	20,8	p<0,001
Autoavaliação de saúde				p<0,001
Muito boa/ Boa	82,9	15,6	1,6	
Regular/ Ruim/ Muito ruim	51,3	45,5	3,3	

*ACS= agente comunitário de saúde

†DCNT= doenças crônicas não transmissíveis

‡AVC= acidente vascular cerebral

71,1 % do total da amostra relataram 1 a 3 DCNT, 13,4% relataram 4 ou mais DCNT.

Os homens autoavaliaram melhor sua saúde do que as mulheres (p<0,001). 57,4% deles autoavaliaram sua saúde como muito boa/ boa em comparação com 47, 4% delas. Dados não apresentados na tabela.

5. DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo ao se observar a prevalência de dependência funcional e suas relações com características sócio-demográficas, de interação social e de saúde do indivíduo ressaltam o aspecto multifatorial da incapacidade funcional.

O desenho transversal do estudo limita a interpretação de algumas associações, devido a dificuldade em estabelecer a ordem cronológica correta entre os eventos.

Para essa amostra preliminar, na distribuição dos indivíduos por quintil de renda, houve diminuição progressiva de indivíduos do menor para o maior quintil de renda.

As proporções de idosos que não realizavam alguma atividade em comparação com aqueles que tinham dificuldade para realizar a mesma atividade foram maiores para as seguintes AIVD: fazer compras, preparar refeições, cortar as unhas dos pés, sair de ônibus ou táxi e fazer a limpeza da casa, tarefas que envolvem um preparo físico maior, afazeres domésticos ou que são realizadas externamente ao domicílio. A alta prevalência de idosos que relataram dificuldades para subir 1 lance de escadas chama atenção para a necessidade de melhorias na qualidade das calçadas e rampas de acesso, a fim de adequar a cidade a esta população.

Em comparação com os achados de estudo com a população de Florianópolis de 2004³⁰ a prevalência de parcialmente dependentes, comparável à categoria dependência grave de nosso estudo, foi ligeiramente menor: 2,7% para homens e 2,3% para mulheres em comparação com 3,4% e 3,6% , respectivamente , no estudo atual. O que pode ser atribuído a diferente metodologia adotada para a classificação da dependência uma vez que as amostras exibiram perfis semelhantes de distribuição por gênero e faixas etárias.

A comparação mais fidedigna desse estudo pode ser feita com estudo da população da região metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil²³. Ambos os estudos transversais, de base populacional e com metodologia semelhante. A média de idade foi semelhante entre as duas populações. Os estudos diferiram quanto à prevalência de dependência funcional. Florianópolis apresentou prevalência de dependência funcional: leve/ moderada de 30,2% e grave de 3,5% enquanto Belo Horizonte as prevalências foram de 8% para leve/ moderada e 8% para grave.

Florianópolis apresenta um perfil de dependência mais favorável ao idoso, ao se considerar a média de idade semelhante e a menor prevalência de dependência grave. Dado

reforçado pela alta prevalência de entrevistas respondidas pelo próprio idoso, 96,8% em Florianópolis em comparação com 75,7% em Belo Horizonte.

Os dados de Florianópolis sugerem que a dependência experimentada por alguns deles não interfere em sua autonomia. Entre os não respondedores a prevalência de dependência funcional foi maior dado já esperado ao se considerar que os idosos com prejuízo da independência e da autonomia necessitam de auxílio.

A prevalência de dependência funcional em Florianópolis foi semelhante ao encontrado nos municípios catarinenses de Joaçaba²⁸ e Guatambu²⁹ e ao encontrado em Porto Alegre, RS¹⁹. Foi menor que o encontrado em Ubá, MG²⁰ e Fortaleza, CE²².

As diferenças encontradas reforçam o conceito de que os idosos da região sul experimentam menores prevalências de dependência em comparação com aqueles da região nordeste, o que está ligado às diferenças de renda e IDH entre os municípios dessas regiões³¹.

A população desse estudo é semelhante quanto a idade e sexo, à população estimada pelo IBGE³⁴ para 2009. Diferiu quanto à escolaridade, uma vez que foi encontrado nessa amostra um percentual de idosos de 23,7% com 12 ou mais anos de estudo enquanto os últimos dados disponíveis pelo IBGE a cerca da escolaridade³⁶ (1996) mostravam essa taxa em 12,59%.

O fato de Florianópolis possuir um grande percentual de indivíduos com 12 ou mais anos de estudo (23,7%) pode encontrar explicação no crescente acesso a educação superior experimentado pela população brasileira a partir de 1960, com um aumento de 37 vezes nas matrículas no período entre 1960 e 2002³⁷ e no crescimento populacional vivido pela cidade entre 1980 e 2000 de 100% no período, e de 174% para a população com 60 anos ou mais, em parte atribuível pela intensa migração experimentada nos últimos anos^{31,38}. Entre os migrantes há uma parcela de idosos que podem ter sido atraídos pela qualidade de vida, expressa pelo alto IDH-M, e talvez estejam em um perfil sócio econômico elevado, que envolve escolaridade alta.

Em comparação ao estudo de 2004³⁰ a proporção de idosos com 12 ou mais anos de estudo tem aumentado, era 11,9%, o que pode ser explicado em parte pela entrada, nesses cinco anos, de indivíduos com ensino superior na faixa etária de 60 a 69 anos, novos idosos.

O fato de 20,9% dos idosos que relataram exercer trabalho remunerado apresentarem dependência pode ser atribuída ao fato dessa dependência ser leve/moderada não impedindo a execução da tarefa que exercem.

A maior prevalência de dependência funcional entre as mulheres condiz com o encontrado em outros estudos^{17,19,20,23-25}. A média de idade foi semelhante entre homens (70,3

anos) e mulheres (70,9 anos), sem diferença estatística, o que sugere que os homens desse estudo não apresentaram menor prevalência de dependência funcional porque eram mais jovens e sim porque as mulheres relataram mais dificuldade em AVD que os homens ^{19,39}.

Para a população brasileira ao se estudar gênero, morbidade e serviços de saúde, foram encontradas diferenças na utilização dos serviços: mulheres procuram mais atendimento por motivo preventivo, relatam pior condição de saúde e relatam mais morbidade que os homens. Além de níveis maiores de incapacidade entre as mulheres, variando entre 20 e 70% conforme a faixa etária. Ao se considerar as mulheres idosas essas experimentam maior grau de incapacidade, independentemente da idade e da condição social ^{39,40}.

Os mais idosos apresentaram maior dependência funcional tanto em gravidade quanto em frequência, condizente com o dado de que cada década a mais de vida dobra a chance de incapacidade funcional ⁷.

Nenhum idoso com dependência grave relatou ausência total de contato com familiares, o que pode demonstrar a presença de rede de apoio familiar para os idosos de Florianópolis independentemente de como essa rede de apoio possa funcionar. Daqueles que mantinham contato com parentes os que relataram convívio mais esporádico foram os que apresentaram maior prevalência de dependência grave (7,1%).

Ter amigos e contato freqüente com os mesmos e a relação inversa com dependência funcional apresentada nesse estudo destacam a importância da rede social na manutenção do status funcional do indivíduo. A diversidade da rede social tem efeito protetor para desenvolvimento de incapacidades em populações urbanas no começo da velhice ^{7,12-14}.

A presença do cuidador se relaciona com a dependência funcional por motivo conceitual: cuidador é aquele que auxilia o idoso na realização de suas atividades básicas de vida diária.

O alto percentual de idosos (62,9%) que relataram ter plano de saúde pode ser atribuído ao fato de se considerar os planos privados, de empresa e órgão público na resposta a essa pergunta, o que explica também a diferença encontrada em relação à população estudada em 2004 ³⁰ em que esse percentual era de 43,5% e considerava planos privados de saúde somente.

Um dos caminhos para interpretação das prevalências de dependência não diferirem de forma estatisticamente significativa para aqueles que possuíam plano de saúde dos que não possuíam é o fato de parcela considerável da população idosa florianopolitana ter relatado possuir plano de saúde, não podendo se distinguir se os que se filiaram a planos de saúde possuíam condições de saúde mais limitantes ou não. Possivelmente os idosos que não tem

plano de saúde estão recebendo algum tipo de acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde, mantendo prevalência de dependência semelhante aos acompanhados pelo setor privado. Além disso, Florianópolis oferece muitas atividades sociais para idosos, tais como grupos de atividade física e grupos de convivência, que podem influenciar benéficamente na prevalência de incapacidade funcional.

A associação entre consulta médica nos últimos três meses e visita do agente comunitário de saúde nos últimos 30 dias e dependência funcional sugere que há acompanhamento por parte dos serviços de saúde de Florianópolis dos idosos com incapacidade.

Ao se conceituar que as atividades básicas de vida diária são menos complexas e que alguma forma de prejuízo nas mesmas denota uma limitação importante do indivíduo o fato de internações hospitalares nos últimos seis meses e dependência funcional estarem associados era esperado^{21, 24, 41}.

O fato de 84,4% dos idosos reportarem o diagnóstico de ao menos uma doença crônica denota a alta prevalência de morbidade entre idosos e é semelhante ao já relatado por outros estudos populacionais^{18, 20, 24}. Um estudo de São Paulo, SP, Brasil¹⁷ ao estudar a influência de doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos encontrou que hipertensão arterial, doença pulmonar, doença cardíaca e artropatia estão fortemente associadas a dependência funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária.

A doença crônica não transmissível mais reportada foi a hipertensão arterial sistêmica (58,3%) dado semelhante a outras populações^{6, 17, 20, 23, 24, 29}.

A condição de saúde com maior prevalência de dependência funcional nesse estudo foi histórico de diagnóstico de derrame ou AVC ou isquemia cerebral com uma prevalência de dependência de 72%. Doença já associada a declínio funcional^{6, 20} e como fator de risco para mortalidade em idosos^{6, 26}. Essa associação pode ser atribuída às seqüelas físicas da doença e também ao declínio cognitivo experimentado por algum desses doentes que demonstrou ser preditor de mortalidade, ao se considerar a orientação temporal do indivíduo²⁷.

A autoavaliação do estado de saúde é variável preditora de incapacidade funcional^{7, 20}. Aqueles que autoavaliaram sua saúde como muito boa/ boa mostraram prevalência menor de dependência funcional em comparação com aqueles que autoavaliaram sua saúde como regular/ ruim/ muito ruim. Sugerindo, portanto, que o idoso é conhecedor de seu estado de saúde e limitações.

A melhor autoavaliação de saúde pelos homens é conflitante ao encontrado na literatura para a população brasileira que ao se considerar as mulheres idosas estas

autoavaliam mais positivamente seu estado de saúde do que os homens, apesar do maior grau de incapacidade experimentado por elas, independentemente da idade e da condição social^{20,38}.

Entretanto é condizente com as prevalências de dependência segundo sexo: homens tem menor prevalência de dependência e autoavaliam melhor sua saúde, mulheres tem maior prevalência de dependência e apresentam um percentual menor de autoavaliação de saúde como muito boa/ boa do que os homens.

Os 17,2% que possuíam autopercepção de saúde positiva e exibiam dependência funcional pode estar relacionado a autonomia preservada e ao fato dessa dependência ser leve/moderada para a maioria deles.

6. CONCLUSÕES

A maior parte das vezes em que a dependência está presente ela é leve / moderada.

A prevalência de dependência leve/ moderada foi maior quando comparada à população de Belo Horizonte.

A prevalência de dependência grave foi menor quando comparada à população de Belo Horizonte.

As relações de amizade, o convívio social e a presença do serviço de saúde através do agente comunitário de saúde e da realização de consultas médicas se mostraram benéficas para o indivíduo ao representarem redes social e de saúde funcionantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrucci L, Giallauria F, Guralnik JM. Epidemiology of Aging. Radiol Clin North Am. 2008 July ; 46(4): 643–v.
2. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1987 June [cited 2010 May 27] ; 21(3): 200-210. Disponível em: <http://www.scielo.br>
3. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1992 June [cited 2010 May 27] ; 8(2): 168-175.. Disponível em: <http://www.scielo.br>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Diretoria de pesquisas, Departamento de população e indicadores sociais. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2002.
5. World Health Organization; Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, Ageing and Life Course Programme. Active ageing: A Policy Framework. Kobe (Japan): WHO; 2002.
6. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 Feb [cited 2010 May 27] ; 37(1): 40-48.. Rev. Saúde Pública. 2003 Feb; 37(1): 40-48. Disponível em: <http://www.scielo.br>
7. Stuck AE , Walthert JM , Nikolaus T, BuÈ la CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med. 1999 Feb; 48(4):445-469.
8. World Health Organization; Regional Office for South-East Asia, Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Roles and Responsibilities of the Health Sector. New Delhi (India): WHO; 2010.
9. Patel KV, Coppin AK, Manini TM, Lauretani F, Bandinelli S, Ferrucci L, et al. Midlife Physical Activity and Mobility in Older Age: The InCHIANTI Study. Am J Prev Med. 2006 September ; 31(3): 217–224
10. Dorantes MG, Ávila FJA, Mejía AS, Gutiérrez RLM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2007 July [cited 2010 May 27] ; 22(1): 1-11 . Disponível em: <http://www.scielo.br>.
11. Guralnik, JM, LaCroix, AZ, Abbott, RD et al. Maintaining mobility in late life. Demographic characteristics and chronic conditions. Am J Epidemiol. 1993; 137, 845±857

12. Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: The New Haven EPESE. *Am J Epidemiol*. 2003; 157 (7), 633-642
13. Escobar BMA, Puga D, Martín M. Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2010 Mayo 27] ; 82(6): 637-651. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo>
14. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2010 May 27] ; 27(4): 302-308. Disponível em: <http://www.scielo.br>
15. Ramos M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Aug [cited 2010 May 27] ; 41(4): 616-624. Disponível em: <http://www.scielo.br>
16. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2005 June [cited 2010 May 27] ; 17(5-6): 333-341. Disponível em : <http://www.scielo.br>
17. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al . A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Aug [cited 2010 May 27] ; 23(8): 1924-1930. Disponível em : <http://www.scielo.br>
18. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2010 May 27] ; 19(3): 793-797. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
19. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Oct [cited 2010 May 27] ; 41(5): 757-768. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
20. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. bras. fisioter.* [serial on the Internet]. 2009 Oct [cited 2010 May 27] ; 13(5): 376-382. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
21. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 1993 Apr [cited 2010 May 27] ; 27(2): 87-94. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
22. Coelho FJM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 1999 Oct [cited 2010 May 27] ; 33(5): 445-453. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

23. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2010 May 27] ; 24(6): 1260-1270. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
24. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2010 May 27] ; 19(3): 735-743. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
25. Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M et al . Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1998 Oct [cited 2010 May 27] ; 32(5): 397-407. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
26. Maciel ACC, Guerra RO. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. Rev. Assoc. Med. Bras. [serial on the Internet]. 2008 Aug [cited 2010 May 27] ; 54(4): 347-352. Disponível em : <http://www.scielo.br>
27. Xavier AJ, d'Orsi E, Sigulem D, Ramos LR. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2010 Feb [cited 2010 May 27] ; 44(1): 148-158. Disponível em : <http://www.scielo.br>
28. Fiedler MM , Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008 Feb 24(2):409-415
29. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007 Nov 23(11):2781-2788. Disponível em : <http://www.scielo.br>
30. Benedetti TB, Petroski EL, Gonçalves LT. Perfil dos idosos do município de Florianópolis. Florianópolis: Ed. Palotti; 2004
31. Parahyba MI, Crespo CD. Diferenciais sociodemográficos na incapacidade funcional dos idosos no Brasil: uma análise das informações do censo demográfico. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008 Sep/ Oct 29-03; Caxambu, MG, Brasil.
32. Prefeitura de Florianópolis; Secretaria de Saúde; Departamento de Saúde Pública. Protocolo de atenção à saúde do idoso- Envelhecimento saudável em Florianópolis. Florianópolis(Brasil): Prefeitura Municipal de Florianópolis; 2006.
33. PNUD Brasil.org [homepage na Internet]: Relatório de desenvolvimento humano 2003 [acesso em 2010 Apr 9]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh/integras/index.php>

34. IBGE.gov [homepage na Internet]: Estimativas para 1º de julho de 2009 [acesso em 2010 Apr 9]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.shtm>
35. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. Durban (NC); 1978.
36. Ministério da Saúde.gov [homepage na Internet]: Escolaridade- Santa Catarina [acesso em 2010 May 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/estsc.def>
37. Pinto JMR. O acesso à educação superior no Brasil. *Educ. Soc.* [online]. 2004, vol.25, n.88 [cited 2010-05-23], 727-756 . Disponível em : <http://www.scielo.br>
38. Alves PA, Baeninger RA.Região Metropolitana de Florianópolis: migração e dinâmica da expansão urbana. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008 Sep/ Oct 29-03; Caxambu, MG,Brasil
- 39.Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002; 7(4): 687-707.
40. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de - Domicílios PNAD, Brasil, 2003. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Dec; 11(4): 927-940.
41. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2004 Oct [cited 2010 May 27] ; 38(5): 687-694. Disponível em : <http://www.scielo.br>

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005 .

ANEXO I QUESTIONÁRIO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ESTUDO POPULACIONAL SOBRE SAÚDE DO IDOSO
FLORIANÓPOLIS 2009

Meu nome é <...> . Sou entrevistadora da UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a saúde dos idosos de Florianópolis e preciso de sua colaboração. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? *(Se tiverem dúvidas é um bom momento para explicar – Entregar o consentimento pré-informado. Agradecer se sim ou não. Se marcou p/outro dia – anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada). Caso concordou ou ficou na dúvida continue: Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde e também tomar algumas medidas como, por exemplo, sua altura e peso. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo Sr(a) não serão divulgadas nem as respostas que o Sr(a) nos der.*

BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO	<i>Etiqueta de identificação</i>
Setor censitário ____ ____ ____ Número do domicílio: ____ ____ ____ ____ Número do questionário: ____ ____ ____ ____ Número de idosos do domicílio ____ Nome DO ENTREVISTADO _____ NOME DA MÃE _____ Nome do entrevistador: _____	
Data da 1ª visita: ____/____/____ Data da 2ª visita: ____/____/____ Data da 3ª visita: ____/____/____ Data da 4ª visita: ____/____/____ Endereço completo: _____ Logradouro: ____ Nome: _____ Número: ____ Complemento: ____ Bairro: _____ _____ CEP: ____-____ Telefone residencial (fixo) _____ Celular do entrevistado _____	

Telefone trabalho _____ Celular de outro membro da família: _____ (nome: _____) Telefone de um parente/amigo próximo _____ (nome: _____) Ponto de referência do domicílio _____ Registro dos dados do GPS: longitude _____ latitude _____	
BLOCO A: GERAL	
As questões a seguir são para a entrevistadora somente anotar as respostas, sem perguntar ao entrevistado	
1. Quem responde: (1) idoso (2) Informante _____	SOCIO01_
2. Sexo do(a) entrevistado(a): (1) masculino (2) feminino	SOCIO02_
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O(A) SENHOR (A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA	
3. Quantos anos o(a) Sr(a) tem? (marcar os anos completos) idade __ __ (999) IGN	SOCIO04_ _ _
4. Neste momento o(a) Sr(a) está? (1) Casado(a)/ com companheiro(a) (2) Solteiro(a) (3) Divorciado(a)/separado(a) (4) Viúvo(a) (9) IGN	SOCIO08_ _
5. O Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SOCIO10_
6. O Sr(a) estudou na escola? (1) Sim (2) Não (9) IGN	SOCIO11_
7. Até que ano o(a) Sr(a) completou na escola? (marcar o número de anos de estudo) anesc __ __ (88) NSA (99) IGN	SOCIO12_ _
8. Cuidador é uma pessoa que fica lhe ajudando nas suas atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. O(a) Sr(a) tem cuidador? (0) Não - Pule para a questão 17, marque 8 na questão 15 e 16 (1) Sim (9) IGN - Pule para a questão 17, marque 8 na questão 15 e 16	CUIDA18_ _
9. Quem é seu cuidador principal? (1) Esposo(a)/companheiro(a) (2) Filho(a)/Neto(a) (3) Cuidador formal (pessoa contratada para cuidar do idoso) (4) Outros (5) Sem cuidador fixo (8) NSA (9) IGN	CUIDA19_ _
10. Entrevistador, favor marcar o sexo do cuidador informado pelo entrevistado (1) masculino (2) feminino	CUIDA20_

(8) NSA (9) IGN						
11. Com quem o (a) Sr.(a) mora? (Entrevistador marcar a última geração) (1) Só – Pule para a questão 19, marque 0 na questão 18, marque 8 na questão 28 (2) Somente com cuidador profissional (3) Com o cônjuge (4) Com outros de sua geração (irmã(o), cunhada(o), amigo(a)) (5) Com filhos (6) Com netos (9) IGN						<i>SOCIO15 _</i>
12. O(a) Sr(a) tem algum trabalho remunerado atualmente? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN						<i>SOCIO21 _</i>
13. Em geral, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde é: (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) IGN						<i>SAUD01 _</i>
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ATIVIDADES SOCIAIS. NO ÚLTIMO ANO O(A) SR(A) FREQUENTOU ALGUMA DAS SEGUINTE ATIVIDADES?						
14. Grupos de convivência ou religiosos		(0) Sim	(1) Não	(9) IGN		
AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA-A-DIA. POR FAVOR, DIGA SINCERAMENTE SE CONSEGUE FAZER CADA COISA SEM NENHUMA DIFICULDADE, COM POUCA DIFICULDADE, COM MUITA DIFICULDADE OU NÃO CONSEGUE FAZER						
15. Deitar/ levantar da cama	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD01 _
16. Comer	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD02 _
17. Cuidar da aparência	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD03 _
18. Andar no plano	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD04 _
19. Tomar banho	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD05 _
20. Vestir-se	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD06 _
21. Ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD07 _
22. Subir um lance de escadas	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD08 _
23. Tomar seus remédios na hora	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD09 _
24. Andar perto de casa	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD10 _
25. Fazer compras	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD11 _

26. Preparar refeições	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD12 _
27. Cortar as unhas dos pés	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD13 _
28. Sair de ônibus ou táxi	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD14 _
29. Fazer limpeza da casa	(0)Nenhuma	(1)Pouca dificuldade	(2) Muita dificuldade	(3) Não realiza	(9) IGN	AVD15 _
BLOCO MORBIDADES						
Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem:						
30. Artrite ou reumatismo?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON2 _		
31. Diabetes?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON5 _		
32. Bronquite ou asma?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON6 _		
33. Hipertensão (Pressão alta)?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON7 _		
34. Doença do coração ou cardiovascular?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON8 _		
35. Insuficiência renal crônica?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON9 _		
36. Depressão?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON10 _		
37. Derrame ou AVC ou isquemia cerebral?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	CRON15 _		
BLOCO SERVIÇOS DE SAÚDE						
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS						
38. O(a) Sr(a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público? (0) Sim (1) Não (9) IGN						USOSER01 _
39. Nos últimos três meses, o (a) Sr(a) consultou com médico? (0) Sim (1) Não – Pule para a questão 162, marque 8 nas questões 158 a 161 (9) IGN – Pule para a questão 162, marque 9 nas questões 158 a 161						USOSER02 _
40. O(a) Sr(a) foi internado em hospital nos últimos 6 meses? (0) Sim (1) Não – Pule para a questão 166, marque 88 na questão 165 (9) IGN – Pule para a questão 166, marque 99 na questão 165						USOSER10 _
41. Quantas vezes o(a) Sr(a) foi internado nos últimos 6 meses? ____ vezes (88) NSA (99) IGN						USOSER11 _
42. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) recebeu a visita do agente comunitário de saúde do posto, sem contar o agente que faz a vistoria da dengue? (0) Sim (1) Não (9) IGN						USOSER13 _
43. Com que frequência o(a) Sr.(a) se relaciona com parentes? (1) mais de uma vez por mês (2) uma vez por mês (3) uma vez por ano (4) nunca (9) IGN						PARENTE _
44. Com que frequência o(a) Sr.(a) se relaciona com amigos? (1) mais de uma vez por mês (2) uma vez por mês (3) uma vez por ano (4) nunca (9) IGN						AMIGO _

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____

